

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Antoine CHARTIER

Né le 12 novembre 1912, à Saint-Quentin (Aisne)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

PARALYSIES MULTIPLES
DES
NERFS CRANIENS
PAR MÉTASTASES
AU COURS DES
NÉOPLASIES PULMONAIRES

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Antoine CHARTIER

Né le 12 novembre 1912, à Saint-Quentin (Aisne)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

PARALYSIES MULTIPLES

DES

NERFS CRANIENS

PAR MÉTASTASES

AU COURS DES

NÉOPLASIES PULMONAIRES

President : M. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

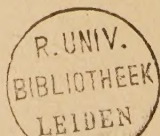
15, RUE RACINE, 15

1936

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINE ¹ .
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLÉRY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR NOEL PÉRON

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a toujours guidé de ses conseils
éclairés.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR CUNÉO
M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
M. LE PROFESSEUR PROUST (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR BERGER
M. LE DOCTEUR HALLÉ
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU
M. LE PROFFSSEUR LEMIERRE

Externat :

M. LE PROFESSEUR CUNÉO
M. LE DOCTEUR BENDA
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOULIN
M. LE DOCTEUR PÉRON
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUÉNIOT

PARALYSIES MULTIPLES
DES NERFS CRANIENS
PAR MÉTASTASES
AU COURS DES NÉOPLASIES PULMONAIRES

Avant-Propos.

Les métastases cérébrales sont fréquentes au cours des néoplasies pulmonaires. Certaines peuvent se traduire par une paralysie multiple des nerfs craniens, et nous nous bornerons à leur étude. En particulier nous reproduirons les observations de deux malades, que le Dr Péron eut à examiner et qui présentaient une telle paralysie.

Comme dans un cas il semble s'agir, fait exceptionnel, d'un sarcome du poumon, nous avons tenu à employer dans notre titre le terme très général de néoplasie pulmonaire. Il n'en reste pas moins, que sous ce titre nous étudierons également les métastases des cancers proprement dits du poumon, nous limitant à celles dont la manifestation clinique se trouve être une paralysie multiple des nerfs craniens.

Les Métastases des Cancers du Poumon.

La notion de cancer du poumon constitue une acquisition récente. C'est à Laennec en effet que revient le mérite d'avoir le premier individualisé une affection, que certains auteurs considèrent à l'heure actuelle comme de plus en plus fréquente.

L'évolution des cancers du poumon est généralement rapide et s'accompagne souvent de signes cliniques discrets. Ainsi s'explique l'importance diagnostique, que peuvent revêtir les métastases, surtout lorsqu'elles sont le premier symptôme.

Ces métastases, rappelons-le, ont trois voies possibles : la voie lymphatique, la voie sanguine, et fait très spécial au néoplasme du poumon la voie aérienne. C'est par la voie sanguine que s'effectuent les métastases viscérales. Letulle en donne une explication : « Il suffit qu'une veinule pulmonaire soit envahie à la façon d'un lymphatique, par la colonne épithéliomateuse, pour réaliser une infestation du système artériel, sitôt que les cellules néoplasiques ont pu déboucher avec le sang dans le cœur gauche. »

Ces métastases des cancers pulmonaires siègent le plus souvent au niveau de certains organes. Dans l'ordre citons : le foie, les reins, les surrénales.

Elles sont rares par contre au niveau de divers viscères : estomac, cœur, ovaire, testicule. Enfin ajoutons qu'elles atteignent très fréquemment le squelette et surtout les os plats : côtes, sternum, os du crâne.

Métastases cérébrales.

Mais les métastases des cancers du poumon paraissent avoir en général une véritable prédilection pour le système nerveux et tout particulièrement pour le cerveau. Quelques chiffres, empruntés à la thèse de Huguenin, nous permettront de le mieux mettre en évidence.

Sur 374 cas de cancer du poumon étudiés par Adler, dans 53 il existe une ou plusieurs métastases cérébrales.

Sur 76 cas de Probst, dix avec des métastases cérébrales.

Sur 225 cas de Kikuth, 31 fois il y a également de telles métastases.

Nous terminerons cette brève statistique en ajoutant que sur 27 cas rassemblés par Huguenin, six s'accompagnent aussi de métastases cérébrales.

Divers auteurs se sont efforcés d'expliquer cette fréquence, qui ne se retrouve pas dans les autres cancers viscéraux. Fried la rattache au siège même de la tumeur primitive, « les éléments cancéreux pouvant se rendre par voie sanguine au système nerveux central sans rencontrer d'obstacles, alors que les cellules cancéreuses venant des autres parties

du corps sont arrêtées dans leur migration et souvent détruites par le filtre pulmonaire ».

Par quels signes cliniques se traduisent ces métastases cérébrales? Souvent, comme on peut le voir dans diverses observations, par des symptômes extrêmement frustes et même trompeurs.

Ainsi, dans un cas d'Henri Roger, Yves Poursines et Joseph Alliez (de Marseille) la malade âgée de 42 ans présente simplement une hémiparésie droite, ne s'accompagnant pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Les symptômes s'aggravent brusquement et la malade meurt. A l'autopsie du cerveau il y a six noyaux métastatiques. De même dans une observation de Pagniez et Lerond, une métastase rolandique bilatérale ne s'était manifestée cliniquement que par des crises convulsives de type bravaiss-jacksonien.

Il est possible de rapprocher de ces deux cas celui de Guillaïn et Darquier. Chez un malade ils portent le diagnostic de tumeur de la protubérance, dans la région de la calotte à gauche. A l'autopsie, ils constatent une sarcomatose cérébrale diffuse. Il existe plus d'une centaine de noyaux métastatiques dont la grande majorité a une topographie cortico-méningée. Parmi tous ces multiples foyers néoplasiques des centres nerveux, un seul a donné des signes nets de localisation, celui de la calotte protubérantielle. Il fut la cause d'une paralysie directe des V^e, VI^e, VII^e paires et d'une hémianesthésie croisée à type syringomyélique.

Cette latence habituelle des métastases cérébrales des cancers du poumon n'est pas une règle absolue, et nous verrons dans la suite des cas analogues, où l'on se trouve en présence d'une paralysie multiple des nerfs craniens.

Diagnostic du cancer primitif.

Un caractère semble commun à beaucoup d'observations : la latence également du cancer primitif.

Elle peut être complète, comme dans le cas déjà cité de Roger, Poursines et Alliez, où l'autopsie ne suffit pas à trancher le diagnostic. Seul l'examen histologique permet d'affirmer qu'il existait un néoplasme du sommet du poumon droit.

L'observation de Paviot, Dechaume, Ch. Chevallier (de Lyon), que citent les auteurs précédents, est comparable. Chez une malade présentant un syndrome de Claude Bernard-Horner et quelques signes bilatéraux d'irritation pyramidale, ils émettent l'hypothèse de foyers multiples d'encéphalite léthargique à manifestations anormales. A l'autopsie, métastases cérébrales multiples et un nodule occupant la moitié gauche de la moelle cervicale. Il existe en outre des lésions pulmonaires importantes ; et l'examen histologique modifie définitivement leur opinion : il s'agit de métastases cérébrales d'un épithélioma primitif du poumon.

Nous rappellerons également l'observation de Brouardel, Renard et Lotte, *Tumeur cérébrale métastatique*

secondaire à un cancer du poumon chez un syphilitique. La malade entre à l'hôpital pour une hémiparésie droite ayant succédé à une crise jacksonienne. Dans ses antécédents une syphilis contractée vingt ans plus tôt. Devant les résultats de la ponction lombaire, on pense au diagnostic d'hypertension intracrânienne par tumeur ou gomme syphilitique. L'échec du traitement anti-spécifique étant manifeste, le malade est passé en chirurgie. Cependant le chirurgien ne pratique pas l'opération, car la ponction lombaire donne à ce moment des résultats différents. Puis l'état général décline et la mort survient très rapidement. A l'autopsie, métastase cérébrale d'un cancer du poumon très localisé et demeuré silencieux.

A côté de ces cas, véritables formes cérébrales des cancers du poumon, il en est d'autres où, malgré le syndrome neurologique attirant surtout l'attention, le siège de la tumeur primitive est cependant découvert au cours de l'examen.

Parmi les multiples observations rassemblées par Huguenin dans sa thèse, plusieurs correspondent à ce type. Dans une observation, par exemple, (classée sous le numéro 38), un malade présente un tableau de tumeur cérébrale. Au cours de l'examen général, un syndrome pleurétique est constaté à la base droite. Grâce aux résultats de la ponction et de la radiographie, le diagnostic de cancer pleuro-pulmonaire est porté. L'autopsie vient le confirmer dans la suite.

Ces dernières observations se rapprochent de celles que nous reproduirons plus loin, et dans lesquelles il

s'agit de paralysies multiples survenant à la suite de métastases, au cours de néoplasies pulmonaires. La plupart du temps en effet, la tumeur du poumon y fut une découverte des radiographies thoraciques pratiquées pendant l'examen de ces malades.

Les Paralysies multiples des nerfs craniens.

Les diverses associations que peuvent constituer les paralysies multiples des nerfs craniens, sont nombreuses. Leur étude, heureusement, est simplifiée par leur classification en syndromes topographiques.

La base du crâne, en effet, présente anatomiquement un certain nombre de trous et carrefours. Par suite, à une lésion limitée de l'un de ces trous ou carrefours, correspond cliniquement un syndrome bien déterminé.

Divers auteurs ont eu tendance à multiplier leur nombre d'une façon exagérée; nous nous bornerons ici à la description rapide des plus importants, nous étendant toutefois davantage sur ceux, qui semblent susceptibles de se voir au cours des lésions qui nous intéressent.

En allant d'avant en arrière, on rencontre successivement :

Le syndrome de la fente sphénoïdale. — Caractérisé par l'atteinte des nerfs passant par la fente sphénoïdale, sa cause la plus fréquente est une périostite

syphilitique. Plus rarement il s'agit de tumeurs néoplasiques endocraniennes, nées dans la cavité orbitaire ou y pénétrant secondairement.

D'ailleurs deux syndromes peuvent être distingués :

1^o le syndrome de la fente sphénoïdale proprement dit, ophtalmoplégie sensitivo-motrice, comprenant une ophtalmoplégie complète et des troubles anesthésiques dans le domaine de la branche ophtalmique du trijumeau.

2^o le syndrome de l'apex, ophtalmoplégie sensitivo-motrice avec cécité, dans lequel le nerf le plus touché est le nerf optique. En définitive ce dernier syndrome comporte une paralysie des II^e, III^e, IV^e, V^e, VI^e paires craniennes.

Le syndrome de la paroi externe du sinus caverneux.

— Individualisé par Foix, il réalise une ophtalmoplégie unilatérale débutant par la VI^e paire, s'étendant à la III^e et à la IV^e, avec douleurs dans le territoire de l'ophtalmique. En somme c'est une ophtalmoplégie qui présente trois caractères essentiels : l'intégrité du nerf optique, la précession de la paralysie du moteur oculaire externe, la présence de douleurs dans le domaine de l'ophtalmique.

Comme étiologie, le syndrome de la paroi externe du sinus caverneux relève, soit de tumeurs du lobe postérieur de l'hypophyse, soit de tumeurs du lobe temporal du cerveau. Il peut également se voir au cours de lésions sphénoïdales et même de phlébites du sinus caverneux.

Le syndrome du carefour pétro-sphénoïdal (Jaccod).

— Les II^e, III^e, IV^e, V^e, VI^e paires craniennes sont lésées. Il y a trois grands symptômes :

- 1° une névralgie unilatérale du trijumeau à type gassérien ;
- 2° une ophtalmoplégie totale du même côté ;
- 3° enfin une amaurose également unilatérale.

Comme presque toutes les paralysies multiples des nerfs craniens on peut le rencontrer dans les tumeurs de la base du crâne. Mais étant donné leur caractère extensif, il n'est le plus souvent qu'un étape très éphémère. Sa cause la plus fréquente est un sarcome de la trompe d'Eustache « pénétrant par le trou déchiré antérieur et s'étalant dans le lit que bordent, en avant l'aile du sphénoïde, en arrière la face antérieure du rocher » (Froment).

Le syndrome de la pointe du rocher. — Encore décrit sous le nom de syndrome de Gradénigo, il se voit surtout au cours d'une otite moyenne aiguë, rarement chronique, ou réchauffée (atteinte de la V^e et de la VI^e paire au niveau de la pointe du rocher).

Le syndrome du conduit auditif interne. — Ce syndrome est une paralysie simultanée des VII^e et VIII^e paires. En réalité il n'est, le plus souvent, que le stade de début des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux et plus particulièrement de gliomes du nerf auditif.

Nous serons très brefs sur ces tumeurs du VIII^e. Elles

surviennent fréquemment chez des sujets jeunes. Rapidement elles s'accompagnent d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, plus tardivement de signes pyramido-cérébelleux. Enfin l'intérêt de leur diagnostic est capital, car elles sont susceptibles d'un traitement chirurgical.

* * *

Nous citerons simplement les principaux syndromes postérieurs. Ils s'opposent, en effet, par leur étiologie aux précédents, étant le plus souvent réalisés par des traumatismes ou des blessures de guerre.

Le syndrome du trou déchiré postérieur (Vernet). — Lésion des IX^e, X^e et XI^e paires craniennes.

Le syndrome du carefour condylo-déchiré postérieur (Sicard). — Cette paralysie unilatérale, « syndrome total des quatre derniers nerfs craniens », se trouve constituée dans la grande majorité des cas, à la suite de traumatismes avec fractures ou de blessures de guerre ; mais elle peut aussi avoir comme causes des adénopathies spécifiques ou bacillaires, ou surtout néoplasiques.

En plus, des syndromes précédents, en général sont décrits :

Le syndrome de l'espace rétroparotidien postérieur (Villaret). — A la paralysie simultanée et unilatérale :

des quatre dernières paires craniennes, se joint un syndrome de Claude Bernard-Horner, avec sa triade symptomatique : diminution de la fente palpébrale, exophtalmie, myosis.

Le syndrome d'Avellis. — Il paraît dû à l'atteinte de la branche externe du spinal : paralysie du voile du palais et du larynx d'un côté.

Le syndrome de Schmidt. — Aux deux symptômes précédents s'ajoutent l'atrophie du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien.

Le syndrome de Jackson. — Le XI et le XII sont touchés simultanément.

*
* * *

Tels sont les syndromes paralytiques partiels. Comme nous l'avons indiqué, ils ne sont que rarement réalisés à l'état pur par des processus néoplasiques. Nous reproduirons cependant dans la suite quelques observations de paralysies partielles correspondant à l'un des syndromes précédents, et survenues au cours de cancers du poumon.

Mais ces faits semblent rares. Les métastases des néoplasmes pulmonaires (qu'elles siègent soit à la base du crâne, soit à la base du cerveau) entraînent des paralysies multiples, échappant en général aux classifications.

Les paralysies multiples des nerfs craniens.

Leur diagnostic.

Nous envisagerons d'abord les causes de ces paralysies.

En premier lieu viennent les néoplasies basilaires. Ces néoplasies sont de deux sortes :

1° *Les néoplasies basilaires à point de départ sous-cranien.* — La paralysie multiple est habituellement due, dans ce cas, au développement intracranien d'une tumeur dont le point de départ est rhino-pharyngé.

2° *Les néoplasies basilaires proprement dites.* — Il s'agit le plus souvent de sarcomes ou de fibrosarcomes de la base. Les paralysies qu'elles entraînent sont très extensives. Toutes les paires craniennes d'un seul côté peuvent être ainsi touchées ; c'est le syndrome unilatéral global des nerfs craniens décrit dans sa thèse par Garcin.

Les paralysies multiples, que peut présenter l'évolution de ces deux variétés de néoplasies, possèdent un certain nombre de caractéristiques :

- a) La tendance à l'extension progressive et unilatérale ;
- b) L'absence fréquente de symptômes d'hypertension intracranienne ;
- c) L'absence également de tout signe sensitif ou moteur dans le domaine des membres.

Ces trois principaux caractères se retrouveront d'ailleurs dans les observations de paralysies multiples des nerfs craniens rencontrées au cours de néoplasmes du poumon.

A côté de ces diverses néoplasies, les paralysies multiples peuvent reconnaître d'autres causes, que nous allons étudier plus rapidement.

Les principales sont les méningites basillaires. La méningite syphilitique notamment (et c'est là une source fréquente d'erreurs) possède une véritable prédilection pour la base. Les nerfs intéressés le plus souvent sont : le nerf optique, l'auditif, le facial, les nerfs oculo-moteurs, le trijumeau.

Dans la règle, l'atteinte des paires craniennes est bilatérale, mais elle peut être unilatérale. De plus il existe des tabès fixés et des méningites syphilitiques non évolutives, où la ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien, ne présentant ni hyperalbuminose, ni lymphocytose et où la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Ces faits suffisent à expliquer les erreurs de diagnostic. Les plus habituelles concernent des malades subissant un traitement antispécifique sans résultats, avant que l'on ne pense à une néoplasie. D'ailleurs l'association est possible, une paralysie multiple des nerfs craniens due à un processus néoplasique peut évoluer chez un syphilitique.

Les traumatismes, et surtout les blessures de guerre, sont rencontrées parfois à l'origine de ces

paralysies multiples. L'observation de d'œlnitz et Cornil en fournit un exemple. Le malade avait été blessé par un éclat de grenade, dont l'orifice d'entrée était dans la région du conduit auditif externe droit et l'orifice d'extraction à l'angle du maxillaire gauche. Il y avait paralysie des six dernières paires crâniennes et du grand sympathique.

Enfin, parmi les causes exceptionnelles il est possible de ranger, d'une part les polynévrites des nerfs crâniens, d'autre part certaines affections bulbo-protubérantielles : lésions vasculaires et encéphalite léthargique.

En réalité, les paralysies multiples unilatérales d'origine néoplasique se distinguent de toutes les autres par certains symptômes. En premier lieu vient leur caractère extensif, ensuite la fréquence pendant leur évolution de lésions squelettiques précoces à la radiographie du crâne.

Par diverses observations nous allons montrer que des paralysies, également multiples et souvent unilatérales, peuvent être réalisées par des métastases de néoplasmes pulmonaires.

D'ailleurs, le ou les noyaux métastatiques ne paraissent pas toujours siéger à la base du crâne, mais aussi à la base du cerveau. Cette variété de paralysies comporte de plus un autre intérêt. Elle constitue souvent, comme nous le disions plus haut, le symptôme révélateur d'un cancer du poumon demeuré silencieux jusque-là.

Il en est ainsi dans les observations de deux malades

du Dr Péron. Dans la première il s'agit d'un jeune homme de 23 ans. La paralysie débuta par une ophtalmoplégie droite, puis s'étendit. La seconde concerne, chose extrêmement curieuse, une enfant, chez laquelle la néoplasie se révéla uniquement par des signes radiologiques.

OBSERVATION N° 1

(Due à l'obligeance des D^{rs} Péron et Fidon).

Le nommé B..., âgé de 23 ans, vient à la consultation du D^r Fidon en mars 1930, parce qu'il présente depuis quelques mois des tuméfactions importantes dans la région cervicale.

Antécédents personnels : au cours de son enfance il a déjà été soigné pour des adénopathies cervicales froides.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien d'intéressant à signaler.

A l'examen : Il est facile de constater localement des masses ganglionnaires importantes, non ramollies, siégeant dans la région cervicale haute.

L'examen général, par contre, ne révèle absolument rien. Il n'existe pas par ailleurs d'autres adénopathies. Fait à noter, l'examen pulmonaire est négatif. Pas de splénomégalie.

Etant donné les antécédents du malade, il semble s'agir d'une adénopathie bacillaire banale. Divers traitement sont tentés, arsenical et iodé, puis radiothérapie, enfin repos. Finalement, comme son état ne pré-

sente pas d'amélioration, on l'envoie au bord de la mer.

Lorsqu'il revient au bout de quelques mois, les masses ganglionnaires ne sont presque plus perceptibles. Se sentant guéri, il reprend son travail.

En 1931, il présente un érysipèle de la face qui dure huit à dix jours, puis quelques mois après, et à plusieurs reprises, des poussées de furonculose. A cette époque, et sur sa demande, une prise de sang est faite : la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le 25 mars 1932, de nouveau le Dr Fidon est appelé. Celui-ci se trouve en face d'un tableau pulmonaire aigu. Le malade se plaint d'un très violent point de côté thoracique droit. La toux est douloureuse, ramenant une expectoration banale. La température est à 40°. A la base droite, une grosse matité avec silence respiratoire. Le diagnostic de pneumonie semble s'imposer.

Puis comme la crise ne vient pas, le 5 mai, on fait une *radiographie thoracique*.

Cette radiographie montre, à droite, une image banale d'hépatisation, occupant la moitié inférieure du champ pulmonaire.

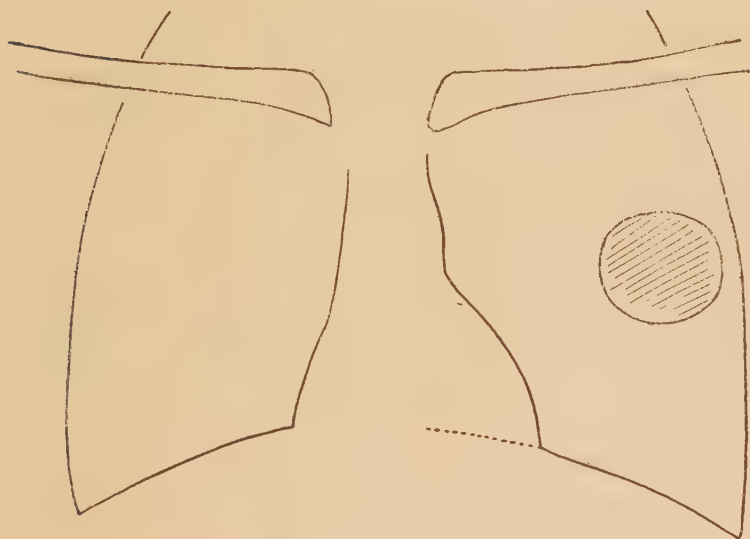
Mais du côté opposé, elle révèle une image sur laquelle il nous faut insister. Siégeant à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche, tout près de la ligne axillaire, on constate en effet une ombre de forme arrondie.

Cette ombre presque circulaire, d'une opacité uni-

forme et homogène, semble correspondre à une masse du volume d'une mandarine située en plein parenchyme.

Par ailleurs, les sommets sont clairs, le médiastin est normal.

Quoi qu'il en soit, la température persiste encore quelques jours à 40°, puis elle baisse progressivement.



Le point de côté, les toux disparaissent. Parallèlement la matité de la base droite s'atténue très rapidement.

Au bout de quelques semaines le malade semble complètement guéri.

A ce moment une nouvelle *radiographie* du thorax est pratiquée (juin 1932).

A droite, les lésions d'hépatisation ont presque disparu. A gauche, au contraire, l'ombre arrondie, vue

précédemment, persiste toujours aussi nette et aussi homogène.

Cette lésion d'ailleurs ne se manifeste cliniquement par aucun symptôme : l'examen du poumon gauche est complètement négatif.

Le malade part à la campagne et revient au bout de trois mois, avec un excellent état général.

Cependant au cours de la convalescence une lésion est apparue au niveau de l'œil droit, nécessitant l'avis d'un ophtalmologiste. Celui-ci, ainsi qu'un de ses confrères vu par la suite, pense à un iritis tuberculeux. Le malade reprend tout de même son activité, gêné uniquement par une diminution de l'acuité visuelle du côté droit. Trois années passent ainsi.

Le 5 septembre 1935, le médecin qu'il appelle près de lui le trouve en proie à une vive dyspnée, se plaignant d'un point de côté thoracique gauche extrêmement douloureux. Il n'y a ni toux, ni expectoration. La température est normale. A l'auscultation on entend quelques frottements à la base pulmonaire gauche.

Les phénomènes cèdent en quelques jours. Le malade commence à se lever, quand le 25 septembre il est immobilisé de nouveau par ce point de côté, dont le siège thoracique gauche semble fixe.

En même temps apparaît un autre symptôme, une céphalée d'emblée très violente.

La céphalée persiste les jours suivants et le 5 octobre un début d'ophtalmoplégie droite est constaté au cours de l'examen : léger ptosis, globe oculaire immobile,

pupille en légère mydriase ne réagissant ni à la lumière, ni à l'accommodation.

Outre cette ophtalmoplégie, un certain degré de parésie de la langue mérite d'être noté : la parole est devenue difficile.

Pas de modification des réflexes tendineux et cutanés.

À la base pulmonaire gauche, la percussion décèle une légère matité.

Le 5 octobre, il est examiné par un autre médecin. Bien que la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée en 1931 ait été négative, ce dernier pense à une méningite syphilitique de la base. Un traitement cyanure-muthanol est commencé.

Les jours suivants la céphalée persiste, intense, et successivement apparaissent du côté droit : d'abord une diminution très rapide de l'acuité visuelle, puis une légère paralysie faciale.

Le 15 octobre 1935, le malade est revu de nouveau. Une aggravation s'est produite. Il répond difficilement aux questions et donne l'impression d'être en état d'hébétude.

EXAMEN.

Au cours de l'examen neurologique, on remarque de suite qu'un certain nombre de paires craniennes sont lésées du côté droit.

Première paire : Elle est intacte; pas d'anosmie.

Deuxième paire : Cécité totale de l'œil droit.

Troisième, quatrième, sixième paires : Toujours à droite, l'ophtalmoplégie est devenue absolue, globe oculaire complètement immobile. Pupille en mydriase ne réagissant ni à la lumière, ni à l'accommodation. En outre légère exophtalmie.

Cinquième paire : Il ne semble pas que le malade se plaigne de crises névralgiques, dans le territoire du trijumeau droit. Existence cependant d'une anesthésie cornéenne absolue et des troubles de la mastication.

Septième paire : Légère paralysie faciale.

Huitième, neuvième, dixième paires : Elles sont intactes.

Onzième paire : Paralysie de l'hémivoile droit. La branche externe du spinal n'est pas lésée, car le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien ne sont pas touchés.

Douzième paire : Il y a une certaine parésie de la langue. Elle est légèrement atrophiée du côté droit.

Cette paralysie multiple est constituée, en somme, par l'atteinte unilatérale de toutes les paires craniennes, sauf, la première d'une part et les huitième, neuvième et dixième, d'autre part.

Elle ne s'accompagne d'aucun symptôme neurologique d'origine centrale ; les réflexes tendineux et cutanés ne sont pas modifiés.

L'examen général permet de découvrir un certain nombre d'indications intéressantes :

Appareil pulmonaire : la percussion, faite avec soin,

décèle une zone de matité localisée à la partie moyenne de l'aisselle gauche.

Auscultation : en cet endroit et à la base gauche, une zone de silence respiratoire.

Par ailleurs, rien au cœur ; urines normales.

De plus, dans la région occipitale on constate un certain nombre de nodosités sous-cutanées, de couleur rosée et du volume d'une lentille.

Enfin, la palpation de la région crânienne permet de sentir en profondeur de nombreux nodules sous-périostés : crâne tourmenté et irrégulier.

Un certain nombre *d'examens complémentaires* sont pratiqués : examen du fond de l'œil, radiographies du thorax et du crâne, biopsie d'un des nodules sous-cutanés.

Examen du fond de l'œil : il est négatif. Il y a pas de stase papillaire.

Radiographie du thorax : l'ombre presque circulaire vue précédemment, siégant à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche, s'est modifiée.

Moins nettement arrondie, elle est plutôt de forme irrégulière, présentant des limites assez floues. Elle a augmenté de volume et semble correspondre maintenant à une masse du volume du poing.

Le médiastin est d'aspect normal et non dévié.

Radiographie du crâne : le cliché fait de profil, montre une décalcification de tout l'étage moyen de la base du crâne.

Sur le cliché de face, en regardant les fentes

sphénoïdales, on s'aperçoit que le bord inférieur de la fente droite est flou. Dans l'ensemble cette fente est rétrécie.

La fente sphénoïdale gauche est normale.

Sur ce cliché il est possible également de noter sur le frontal, un peu à gauche de la ligne médiane, l'une des métastases sous-périostées.

Résultats de l'examen histologique, des coupes pratiquées dans le tissu du nodule sous-cutané, dont il a été fait la biopsie :

- Cellules allongées, fusiformes, disposées par place en faisceaux, l'ensemble ayant souvent un aspect tourbillonnant.
- Certains noyaux de ces cellules présentent un aspect monstrueux. En d'autres endroits karyokinèses anormales.
- Quelques cellules, en outre, dans la lumière des vaisseaux.

Dans l'ensemble et comme conclusion, aspect sarcomateux de ce tissu.

Devant ces résultats, le diagnostic paraît s'imposer de :

Néoplasie pulmonaire, présentant de nombreuses métastases, dont l'une est à l'origine de la paralysie multiple unilatérale des nerfs craniens.

Les jours suivants la torpeur et l'hébétude du malade augmentent.

La paralysie, jusque-là strictement unilatérale, tend à devenir bilatérale. Successivement apparaissent une ophthalmoplégie, puis une cécité gauches.

Finalement la mort survient le 25 octobre (l'autopsie n'a pu être faite).

*
* *
*

En résumé, paralysie unilatérale des nerfs craniens, allant de la deuxième à la septième paire, touchant également les onzième et douzièmes paires. La néoplasie du poumon a été une découverte de la radiographie.

OBSERVATION N° 2

(Due à l'obligeance des D^{rs} Péron et Gautier).

La nommée M... est examinée au point de vue neurologique pour la première fois le 10 octobre 1935.

Cette enfant, jusque-là bien portante, accuse depuis quinze jours environ des troubles oculaires du côté droit.

En même temps, une paralysie faciale droite est apparue rapidement.

Dans les antécédents personnels et héréditaires rien ne mérite d'être signalé.

EXAMEN.

On est en face d'une enfant consciente, répondant assez bien aux questions, ne présentant ni céphalée, ni signes méningés.

Successivement les diverses paires craniennes sont examinées avec soin.

Première paire : Etant donné l'âge de l'enfant, il est impossible de savoir s'il y a de l'anosmie.

Deuxième paire : Il existe une cécité complète de l'œil droit.

Troisième, quatrième, sixième paires : Ophtalmoplégie droite paraissant totale et absolue. L'œil est fixé et immobile. La pupille ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation. Cette ophtalmoplégie s'accompagne d'une exophtalmie marquée, non réductible.

Cinquième paire : il semble qu'il y ait hypoesthésie dans l'hémiface droite.

Le réflexe cornéen est aboli.

Septième paire : la paralysie faciale droite, de type périphérique, est extrêmement nette.

Les huitième, neuvième, dixième, onzième et douzième paires sont normales.

L'examen *local* révèle en outre, derrière l'angle de la mâchoire, une tumeur élastique, facilement perceptible, occupant le fond de la région parotidienne.

Cette tumeur dont on ne sent que le pôle inférieur, doit être très profondément située.

Au point de vue *système nerveux central*, aucun symptôme ne permet de penser à son atteinte : tous les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

Par ailleurs, l'examen *somatique* est totalement négatif. En particulier rien aux poumons.

L'enfant présente donc une paralysie multiple des

nerfs craniens, unilatérale, allant de la deuxième à la septième paire comprise.

Cette paralysie paraît conditionnée par une tumeur siégeant au niveau de la base du crâne et pointant en bas dans la région sous-parotidienne.

Des *radiographies du crâne*, de face et de profil, sont pratiquées. Elles ne montrent aucune lésion visible.

Examen du fond de l'œil : il n'y a pas de stase papillaire.

La *radiothérapie* est tentée comme traitement.

En un mois la petite malade reçoit neuf séances de rayons pénétrants.

Dès la deuxième séance, une récupération de la vision est notée.

A la quatrième séance, il ne persiste plus qu'une paralysie des VI^e et VII^e paires.

A la neuvième séance, les seules lésions qui demeurent sont : une parésie discrète de la VI^e paire et une légère paralysie faciale périphérique. Dans la région parotidienne la tumeur n'est plus perceptible.

Accessoirement une alopécie localisée par action des rayons et une légère réaction conjonctivale peuvent être constatées.

L'enfant marche, joue et a repris une activité normale.

Le 10 décembre 1935, malgré l'énorme amélioration neurologique et physique (le poids a augmenté d'une livre) on fait une *radiographie du thorax*.

Celle-ci révèle dans le champ droit l'existence de deux masses en plein parenchyme pulmonaire.

L'une arrondie, semblant être du volume d'une très grosse noix, siège au-dessous de la scissure inférieure droite, à quelques centimètres du hile, nettement extraganglionnaire.

L'autre, plus petite, est de la taille d'une noisette. De forme analogue cependant, elle est située au tiers supérieur du poumon, tout près de la ligne axillaire.

Le 12 décembre 1935, une séance de radiothérapie thoracique est essayée. Elle est très mal supportée : vomissements de l'enfant.

Le 18 décembre 1935, la petite malade est vue par le Dr Péron. Très gaie, elle ne se plaint de rien.

L'examen neurologique ne montre que la persistance de la paralysie faciale droite. D'ailleurs, d'après les parents, elle se serait accentuée à nouveau depuis quelques jours. L'examen pulmonaire très attentif ne révèle toujours rien.

Le 25 décembre 1935, l'enfant est revue dans la soirée.

Mais cette fois le tableau est totalement différent. Elle semble obnubilée, ne répond plus aux questions.

Il est impossible de préciser si la vision du côté droit persiste. La paralysie faciale est nette. L'examen somatique est toujours négatif.

Mais l'impression qui demeure est celle d'une fin très proche.

Elle survient le 27 décembre 1935 (il n'a pas été possible de faire l'autopsie).

* * *

En résumé, paralysie unilatérale des nerfs craniens, allant de la II^e à la VII^e paire comprise et survenant chez une très jeune enfant. La tumeur pulmonaire est demeurée cliniquement muette, pendant toute la durée de l'évolution.

Considérations sur les observations précédentes.

Ces deux observations mettent en évidence que des paralysies multiples des nerfs craniens par métastases peuvent se voir au cours des néoplasies pulmonaires.

Les paralysies multiples ainsi réalisées possèdent d'ailleurs les caractères indiqués plus haut :

- a) Ce sont, du moins pendant la plus grande partie de leur évolution, des paralysies unilatérales ;
- b) Elles présentent une tendance très nette à l'extension ;
- c) Elles ne s'accompagnent pas de signes d'hypertension intracrânienne ;
- d) Il n'y a pas de symptômes sensitifs et moteurs dans le domaine des membres.

Enfin, la radiographie du crâne, il y a lieu de le remarquer, peut montrer des lésions osseuses de la base.

C'est le cas notamment de la deuxième observation. Sur les clichés, en effet, il fut constaté une décalcification de tout l'étage moyen de la base du crâne. Il

existait de plus un certain rétrécissement de la fente sphénoïdale droite, dont le bord inférieur était flou.

Indiquons que, toutes les fois où cela est possible (ce n'était pas le cas des deux malades précédents), l'examen radiographique complet du crâne comporte six clichés. Ils sont les suivants :

— Un de profil, permettant surtout l'étude de l'étage moyen ;

— Un de face, nécessaire pour examiner les deux orbites (dans l'aire desquelles s'aperçoit la projection des deux rochers) ;

— Deux clichés dans la position de Stenvers (on étudie ainsi les deux rochers) ;

— Deux clichés, dans les positions vertex-menton-plaque et menton-vertex-plaque : méthode des incidences verticales de Hirtz permettant l'examen de la base et des sinus.

Ces paralysies multiples, survenant au cours des néoplasmes pulmonaires, peuvent présenter en outre un gros intérêt pour le diagnostic.

Dans la deuxième observation, par exemple, la paralysie unilatérale des nerfs craniens a été, en quelque sorte, le symptôme révélateur du cancer du poumon.

En effet, c'est en face de ce syndrome neurologique que rien n'expliquait, qu'une radiographie thoracique fut décidée.

L'importance de l'examen radiographique dans les cancers pulmonaires est d'ailleurs une notion banale.

Nous ne rappellerons pas les différents aspects radiologiques pouvant se présenter. Remarquons simplement que chez nos deux malades on était en présence d'une opacité homogène, arrondie, véritable « disque intrapulmonaire ».

Cette opacité à contours nets, qui semble correspondre à une masse située en plein parenchyme, est une image rencontrée assez fréquemment dans les néoplasmes du poumon,

* * *

Nous ne croyons pas, certes, que de tels cas de paralysies multiples soient fréquents,

Il n'en reste pas moins qu'ils prouvent l'intérêt qu'apu revêtir en l'occurrence l'examen systématique et complet du poumon.

Nous avons cherché s'il existait dans la littérature médicale des cas analogues et nous n'en avons pas trouvé d'exactement semblables,

Nous reproduirons cependant deux observations, où la différence essentielle réside dans le fait qu'il s'agit de paralysies moins étendues, demeurant par suite dans le cadre des syndromes topographiques décrits plus haut.

Dans la première, de Babonneix, Halphen et Mlle Wilm, il s'agit d'un syndrome paralytique complexe des nerfs craniens ayant débuté par un syndrome d'Avellis et consécutif à un cancer du poumon.

La seconde concerne un syndrome de la paroi externe du sinus caverneux. Elle constitue l'une des deux observations grâce auxquelles Foix décrivit ce syndrome.

Auparavant, nous citerons simplement l'observation d'Henri Roger (de Marseille) et de Margaillan (de Perthuis) parue dans la *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie* (1931): « Syndrome de l'apex orbitaire par métastase néoplasique d'un cancer du poumon ».

Enfin à propos d'une observation d'un cancer pulmonaire, dont la première manifestation fut une cécité complète réalisée par des métastases bilatérales, S. Ginsberg rapporte également (*Klinik Monatsblatt für Augenheilkunde*, 1921) un cas paraissant très analogue à ceux qui nous intéressent.

OBSERVATION N° 3

*Syndrome paralytique complexe des nerfs craniens,
ayant débuté par un syndrome d'Avellis,
et consécutif à un cancer du poumon.*

(par MM. Babonneix, Halphen et M^{lle} Wilm,
Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie, n° 2, février 1933, p. 107).

Valentine B..., 51 ans, artiste, entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 23 mai 1932, pour une sorte d'enrouement datant de mars et qui l'a amenée dans le Service de M. Laubry, où un examen clinique et radioscopique du thorax, effectué le 13 mai, a permis d'éliminer l'hypothèse d'ectasie aortique.

Bientôt elle s'aperçoit qu'elle rejette par le nez les liquides absorbés. C'est alors qu'elle est adressée à l'un de nous par son médecin, M. le D^r Adam.

Celui-ci avait pris soin au préalable de la montrer à un oto-rhino-laryngologiste qui, constatant une paralysie de la corde vocale et de l'hémivoile gauche, avait conclu à un *syndrome d'Avellis*.

Les antécédents, tant personnels qu'héréditaires, sont sans intérêt.

A l'examen général, ce qui frappe, c'est l'amaigrissement progressif, avec anorexie et perte de forces. Il n'y a pas de fièvre. L'examen du cœur et des poumons est négatif. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La tension artérielle est de 13,5-9 au Vaquez.

L'examen du système nerveux ne donne lui non plus que peu de renseignements.

Aucun trouble paralytique, mais quelques phénomènes cérébelleux : démarche hésitante, avec tendance à la perte de l'équilibre, incoordination, adiadococinésie, dysmétrie ; d'abord localisée à droite, puis bilatéraux ; quelques troubles sensitifs mal définis ; hyperesthésie générale à la piqure ; névralgies diverses ; aucune grosse modification des réflexes ; aucun trouble intellectuel.

A l'examen des yeux pratiqué par M. Bégué : fond de l'œil et réflexes pupillaires normaux.

A la ponction lombaire, liquide xanthochromique : 28 lymphocytes, 0 gr. 80 d'albumine, Benjoin négatif.

Le Wassermann du sang est négatif.

Les jours suivants, apparition de céphalée. Les papilles, revues à diverses reprises, commencent par être légèrement floues (8 juin), puis plus floues, avec un peu d'anesthésie de la cornée, sans que le champ visuel soit rétréci. Ultérieurement, grosse stase papillaire.

Etant donné l'existence de ce syndrome d'hypertension intracrânienne, un examen oto-laryngologique est pratiqué le 23 mai 1932, il montre :

1° *La présence d'une paralysie du glosso-pharyngien gauche.* Mouvement en rideau de la partie postérieure du pharynx pendant la déglutition ; hypoesthésie gustative du tiers postérieur de l'hémilangue gauche.

2° *Une paralysie de la moitié gauche du voile du palais.* Le voile est attiré très nettement à droite pendant les contractions réflexes dues au toucher par le stylet.

3° *Une paralysie complète de la corde vocale gauche* qui reste en position intermédiaire aussi bien pendant la phonation que pendant la respiration.

4° *Une paralysie de la branche externe du spinal gauche,* caractérisée par la non-contraction du sterno-mastoidien

gauche et du trapèze, dans les mouvements forcés et combinés de latéralité et de flexion de la tête.

5° Enfin toujours du même côté, *une diminution de l'acuité auditive d'origine centrale* (grande diminution de l'acuité osseuse (Schwabach) et diminution très appréciable de l'audition des sons aigus).

Les réflexes vestibulaires fortement diminués, si tant est qu'ils existent, à gauche, font admettre l'origine centrale ou nerveuse de la diminution de l'audition.

Cet examen vestibulaire pratiqué à nouveau 8 jours plus tard (31 mai 1932) donne d'ailleurs les précisions suivantes :

L'épreuve de Romberg, en position sensibilisée (pieds dans le prolongement l'un de l'autre), entraîne la chute vers la gauche.

L'épreuve de Kobrak très nette est presque exagérée pour le côté malade (violent nystagmus à droite d'une durée d'une minute et demie avec tendance à la chute et réflexe normal en position de Bruning) (excitation des canaux verticaux).

Du côté opposé, au contraire, il est difficile de noter quelques secousses tant après le bain de Kobrak, qu'après une irrigation à la Barany pendant plusieurs minutes.

L'épreuve de rotation, par contre, ne montre aucune différence entre les deux côtés.

La discordance entre les épreuves rotatoire et calorique, l'absence de nystagmus provoqué, du côté opposé aux lésions des autres nerfs craniens, font penser à une lésion centrale (fosse cérébrale postérieure).

En présence des symptômes ci-dessus, de la céphalée intense, de l'examen du fond de l'œil (stase progressive), la malade est confiée à l'un de nous (Halphen) pour une trépanation décompressive.

L'opération pratiquée sous-anesthésie générale le 13 juin, n'entraîne aucune complication. Un grand lambeau musculo-cutané est troué dans la fosse temporale, on résèque un lambeau osseux de la largeur d'une paume de main. La dure-mère ne paraît pas tendue.

Dans les jours qui suivent l'intervention, la malade se déclare soulagée. La céphalée est moins vive, mais la dysphonie et la dysphagie n'ont naturellement pas changé.

L'amaigrissement augmente avec l'anesthésie, mais le pouls reste toujours bien frappé. On voit de plus apparaître, à la partie interne du creux sus-claviculaire gauche, une tuméfaction indolente, grosse comme une noix, qui augmente encore les jours suivants.

Par instant des syncopes surviennent qui laissent chaque fois la malade encore plus abattue.

Les papilles examinées le 16 et le 23, sont encore plus oedématisées, avec hémorragies péripapillaires en flammèches.

L'examen vestibulaire est à nouveau pratiqué le 24. Le nystagmus est aussi difficilement obtenu à droite qu'à gauche, après irrigation d'une minute et demie, et le signe d'indication ne peut être étudié à cause de l'asthénie de la malade.

La cachexie, la torpeur augmentent, les sphincters se relâchent et la malade entre dans le coma le 27, pour mourir le 28.

AUTOPSIE : le 2 juillet 1932, par un temps mou.

Cadavre amaigri avec escarres fessières. La masse sus-claviculaire gauche est visible sous les téguments. Dans le petit bassin, masse mamelonnée, dure, rétrovésicale, de forme irrégulièrement rectangulaire, à grand axe transver-

sal, située au-dessus de l'*utérus*, auquel la relie un pédicule assez large. L'*utérus* est lui-même le siège de nombreux fibromes.

Rate : présentant à la partie inféro-externe, une sorte de kyste, relié au reste de l'organisme par une partie bosselée, mamelonnée.

Reins : normaux, sauf l'apparence jaunâtre de la couche corticale.

Pancréas : putréfié semblant normal.

Surrénales : la gauche est épaissie, indurée, très augmentée de volume, blanche à la coupe, donnant l'aspect d'être le siège d'une cancérisation massive.

La droite a sa corticale épaissie et indurée, avec, en un point, un adénome ? adhérent.

Nombreux *ganglions mésentériques* tuméfiés.

Intestin : normal.

Foie : un peu gros.

Cerveau : apparemment normal.

Crâne : à sa face interne, masses végétantes, isolées, polypiformes, de couleur jaunâtre, adhérentes, obturant, à gauche, le conduit auditif interne et le trou déchiré postérieur. La dure-mère est intacte.

Cœur : normal.

Aorte : légèrement athéromateuse.

Poumons : dans la région hilare du poumon gauche existe une zone blanchâtre, mal limitée, laissant à la coupe, exsuder un liquide assez abondant.

On prélève, pour l'examen, le cerveau en totalité ; à la coupe il paraît normal ; les trous auditifs internes et déchirés postérieurs, avec l'os voisin ; un morceau de rein ; les surrénales ; un ganglion mésentérique ; le ganglion sus-cla-

viculaire ; la partie du poumon avoisinant le côté gauche ; la rate dans sa totalité.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (D^r Oberling) :

Rate : formation kystique qui s'est développée dans le domaine d'un foyer néoplasique. Toute la base d'implantation de la poche est entourée d'une masse cancéreuse qui présente la structure d'un épithélioma cylindro-cubique à disposition tubo-papillaire. La paroi de la partie saillante du kyste comporte la capsule splénique, un liséré de tissu splénique et un revêtement discontinu constitué par les cellules néoplasiques. La cavité néoplasique s'est donc développée en plein tissu néoplasique.

Surrénale gauche : elle est presque entièrement envahie par le tissu néoplasique qui présente la même structure et dont le stroma est ici très développé et scléreux. On ne voit persister que quelques vestiges de la corticale.

Surrénale droite : foyers néoplasiques de la grosseur d'une cerise dont la structure est identique à celle de la surrénale gauche.

Les ganglions mésentériques examinés sont complètement envahis par des masses épithéliomateuses dont la structure est identique à celle de la rate et des surrénales.

Ça et là seulement, les cavités glandulaires, très distendues, donnent au tissu cancéreux un aspect polykystique.

Le prélèvement de *la base du crâne* montre à la face interne, des masses végétantes faisant corps avec la dure-mère. Au microscope la dure-mère est dissociée par des formations épithéliomateuses glanduliformes de structure identique à celle précédemment décrite dans les autres organes.

Les fragments de *tissu rénal* ne montrent aucune lésion appréciable.

La tumeur *utérine* présente la structure d'un léiomyome banal, très fibreux.

Les fragments de tissu pulmonaire se montrent en grande partie envahis par un épithélioma, qui d'après son aspect et d'après son comportement à l'égard du tissu pulmonaire voisin donne l'impression très nette d'une tumeur primitive.

Il s'agit en somme d'un épithélioma primitif du poumon, de type nodulaire, présentant la structure d'un épithélioma cylindro-cubique glanduliforme et papillaire, ayant donné des métastases dans les surrénales, dans la rate, dans les ganglions mésentériques et dans le domaine de la dure-mère à la base crânienne.

OBSERVATION N° 4

Tumeur médiastinale. Métastase hypophysaire.

Syndrôme de la paroi externe du sinus caverneux.

(Professeur Ch. Foix, Société médicale des Hôpitaux.

Séance du 12 novembre 1920. Observation n° 1).

Th. V..., âgé de 58 ans, entre salle Chauffard le 5 août. 1920 :

1° Pour une dyspnée intense.

2° Pour un œdème considérable du membre supérieur gauche coexistant avec un œdème, en une hémipèlerine de la moitié gauche de la face et du cou.

En même temps le malade avait eu de la diplopie depuis une vingtaine de jours, et présentait, en effet, un strabisme léger indiquant une parésie du moteur oculaire externe gauche.

Th. V... est alité depuis un mois. Il a déjà été hospitalisé en mai dernier, pour une crise analogue. On note dans ses antécédents une syphilis contractée à vingt-cinq ans. Le malade est dans un état d'indifférence curieuse et ne semble pas se rendre compte de la gravité de son état.

EXAMEN DU MALADE :

La présence de l'œdème en hémipèlerine, indiquant une compression du tronc veineux brachiocéphalique gauche, attire d'emblée l'attention sur le médiastin.

On trouve en effet immédiatement tous les signes d'une tumeur médiastinale.

A l'inspection, œdème et une circulation collatérale tellement intense qu'elle évoque l'idée d'un tatouage.

A la percussion, zone de matité surmontant le cœur, franchement médiane et débordant largement le sternum à droite et à gauche au niveau des 2^e, 3^e, 4^e espaces.

L'ensemble de la zone de matité est nettement supérieure à un travers de main.

Au-dessous de cette zone et séparée d'elle par un étranglement en sablier, la matité d'un cœur légèrement hypertrophié dont la pointe bat un peu au-dessous et en dehors du mamelon gauche.

Le foie est gros et un peu abaissé.

La radioscopie donne des résultats superposables à ceux de la percussion.

A l'auscultation : au niveau du cœur clangor aortique. Au niveau du poumon murmure vésiculaire très diminué des deux côtés, souffle interscapulovertébral de compression bronchique.

Pouls régulier, tension artérielle 22-10 égale aux deux radiales.

Urines normales, ni sucre, ni albumine. Elles n'ont pas paru remarquables par leur abondance, mais elles n'ont pas été mesurées.

Réflexes normaux. Argyll négatif. Bordet-Wassermann positif.

Dès ce moment l'existence d'une paralysie du moteur oculaire externe gauche attire l'attention sur les yeux. On note alors : une céphalée frontale avec douleurs modérées dans le territoire de l'ophtalmique gauche et une cécité à peu près complète de l'œil de ce côté.

Un examen oculaire pratiqué par M. Coutela confirme ce diagnostic et conclut : Pas de lésion du fond de l'œil. Glaucome.

Mais les jours suivants se complète rapidement un *syndrome de paralysie oculaire unilatérale à marche rapidement progressive*.

Tout d'abord la paralysie du moteur oculaire externe se complète, puis se produit une paralysie du pathétique et du moteur oculaire commun. Celle-ci débute par un ptosis, puis se complète rapidement.

Au bout de cinq à six jours la paralysie des muscles de l'œil est totale et absolue. Cependant l'état général s'aggrave, la dyspnée augmente, les douleurs dans le territoire de l'ophtalmique deviennent très vives.

Le 13 août au soir, le malade meurt par syncope.

Le diagnostic posé était : néoplasme du médiastin, métastase intracrânienne.

L'autopsie devait nous montrer que le diagnostic était incomplet. Ajoutons que la radiographie du crâne pratiquée, ne nous avait pas paru montrer d'anomalie frappante.

AUTOPSIE :

Volumineuse tumeur du médiastin, paraissant surtout ganglionnaire. Pas de tumeur primitive dans le thorax, une métastase juxtacardiaque.

Pas de métastase dans les autres viscères, sauf au niveau de la surrénale gauche, où il existe une volumineuse tumeur centrale. La surrénale droite est saine, ce qui explique l'absence de syndrome surrénal franc.

Dans le crâne, on ne voit tout d'abord pas de métastase, mais un examen attentif de la région hypophysaire montre une fracture de la paroi postérieure de la selle turcique.

On enlève *l'hypophyse* avec le sinus caverneux et l'on constate *une tumeur du lobe postérieur*, infiltrée dans l'os et qui, par l'ablation, se déchire. Il existe en outre quelques métastases intracérébrales et chose curieuse, un néoplasme de l'épiphyse dont la forme est conservée, mais qui est du volume d'un pois et nettement cancéreuse.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

M. Ménétrier a bien voulu examiner les coupes de la tumeur médiastinale et des tumeurs glandulaires et pense que le point de départ de la tumeur est médiastinal, et que la singulière répartition des métastases frappant électivement des glandes vasculaires sanguines (surrénale, hypophyse, épiphyse) n'indique pas un point de départ pluriglandulaire de l'affection, mais constitue un exemple curieux de la prédilection de certaines tumeurs pour certains organes.

Au niveau de l'hypophyse, les coupes nous ont montré qu'il y avait compression, mais non envahissement du sinus caverneux. Par contre, la paroi postérieure de la selle turcique était largement envahie par le sarcome.

En résumé, chez un malade atteint de tumeur médiastinale nous avons observé un syndrome de la paroi externe du sinus caverneux, caractérisé par une ophtalmologie unilatérale à marche rapidement progressive débutant par la 6^e paire et s'étendant rapidement à la 3^e et à la 4^e, avec douleurs dans le territoire de l'ophtalmique. Ce syndrome était dû à un sarcome secondaire du lobe postérieur de l'hypophyse.

Conclusions

1° Parmi les causes capables de réaliser des paralysies multiples des nerfs craniens, il convient de ranger les métastases des néoplasies pulmonaires.

2° Ces paralysies semblent se caractériser par :

- a) Leur unilatéralité habituelle ;
- b) Leur tendance extensive ;
- c) L'absence, au cours de l'évolution, de signes d'hypertension intracrânienne ;
- d) La possibilité de lésions osseuses à l'examen radiographique du plancher du crâne.

3° Ces paralysies peuvent constituer le symptôme révélateur du néoplasme du poumon en cause.

4° Etant donné la latence clinique habituelle de celui-ci, le médecin devra pratiquer en présence d'une telle paralysie une radiographie des champs pulmonaires.

5° Outre ces paralysies multiples des nerfs craniens, les métastases des cancers du poumon sont susceptibles également de réaliser des paralysies moins étendues, correspondant aux syndromes topographiques ordinairement décrits.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BABONNEIX, HALPHEN, WILM (M^{lle}). — Syndrome paralytique complexe des nerfs craniens, ayant débuté par un syndrome d'Avellis et consécutif à un cancer du poumon (Société d'Oto-neuro-ophtalmologie de Paris. Séance du 10 novembre 1932, in *Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie*, n° 2, février 1933, p. 107).
- BOCAGE. — Contribution à l'étude des tumeurs du poumon d'origine conjonctive (Thèse Paris, 1905).
- BROUARDEL, RENARD, LOTTE. — Tumeur cérébrale métastatique secondaire à un cancer primitif du poumon chez un syphilitique (Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 12 mars 1926, p. 427).
- CASTÉRAN. — Le syndrome de la fente sphénoïdale (Thèse Paris, 1926).
- FRIED (B. M.). — Primary carcinom of the Lungs (Archives of internal Medicine, 15 sept. 1927).«
- FOIX (Ch.). — Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux. Ophtalmologie unilatérale à marche rapidement progressive (Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 12 novembre 1920, p. 1355).
- Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux. Amélioration considérable par le traitement radiothérapique (*Revue neurologique*. Séance du 2 et 3 juin 1922, p. 827).

- FROMENT (J.). — Pathologie des nerfs craniens. Fasc. XX, p. 253, du *Nouveau Traité de Médecine*, publié sous la direction de Roger, Widal et Tessier.
- GARCIN (R.) et HUGUENIN (R.). — Le syndrome métastatique aigu et régressif des tumeurs secondaires du cerveau (*Revue neurologique*, t. LXIII, n° 1, juillet 1935, p. 55).
- GARCIN. — Le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens. Contribution à l'étude des tumeurs de la base du crâne (Thèse Paris, 1927).
- GINSBERG (S.). — Doppelseitige sehnerven metastasen eines Bronchialkarzinoms als ursache völliger Erblindung (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1921, p. 231).
- GUILLAIN (G.), ALAJOUANINE (Th.) et GARCIN (R.). — Le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens (Société Médecine des Hôpitaux de Paris. Séance du 19 mars 1926, p. 456).
- GUILLAIN et DARQUIER. — Sarcome mélanique cérébral à foyers multiples (Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 21 décembre 1926, p. 1798).
- GOURC. — Contribution à l'étude des Paralysies au cours du cancer du poumon (Thèse Toulouse, 1933-1934).
- HUGUENIN (R.). — Le cancer primitif du poumon. Etude anatomo-clinique (Thèse Paris, 1928).
- HUGUENIN (R.) et DECOURT (J.). — Tumeur médiastino-pulmonaire à symptomatologie masquée au début par un syndrome neurologique (Société anatomique de Paris, 1927, in *Annales d'Anatomie pathologique*, 1922, n° 2, p. 197-200).
- JACCOD (M.). — Propagation intracrânienne des sarcomes de la trompe d'Eustache. Syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal (*Revue neurologique*, 1921, p. 33).
- KOJÉVNIKOFF. — Syndrome de paralysie globale unilatérale des nerfs craniens par tumeur de la base (Société de Neurologie. Séance du 8 novembre 1928; *Revue neurologique*, 1928, t. II, p. 693).
- LETULLE (M.). — Les tumeurs malignes primitives du poumon, t. II, p. 894. Anatomie pathologique.

- LETULLE (M.) et NATTAN-LARRIER. — Les tumeurs malignes du poumon (*Précis d'Anatomie pathologique*, p. 780).
- LETULLE (M.). — Les cancers du poumon (*Le Poumon*, p. 509).
- LORTAT-JACOB, POUMEAU-DELILLE. — Syndrome paralytique partiel des nerfs craniens (*Revue neurologique*, 1928, t. I, p. 565).
- ŒLNITZ (D.) et CORNIL (Lucien). — Paralyse globale des six derniers nerfs craniens et du sympathique cervical par blessure de guerre (Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 10 janvier 1919, p. 6).
- PAVIOT, DECHAUME, CUEVALLIER. — Forme cérébro-médullaire de l'épithélioma du poumon, syndrome de Claude-Bernard-Horner, par métastase intracranienne (Société médicale des Hôpitaux de Lyon. Séance du 25 juin 1929, in *Lyon médical*, 1929, p. 597-603).
- ROGER (H.), POURSIDES (Y.) et ALLIEZ (J.) (de Marseille). — Forme cérébrale du cancer pulmonaire (*Gazette des Hôpitaux*, n° 58, 20 juillet 1932, p. 1077).
- ROGER (H.) (de Marseille) et MARGAILLAN (de Pertuis). — Syndrome de l'apex orbitaire par métastase néoplasique d'un cancer du poumon (Société d'Oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est. Séance du 25 janvier 1930, in *Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie*, 1931, p. 133-135).
- ROUSSY (G.) et CORNIL (L.). — Tumeurs cérébrales. Fascicule XIX, p. 467 du *Nouveau Traité de Médecine*, publié sous la direction de Roger-Widal et Teissier.
- ROUSSY (G.), LEROUX (R.), OBERLING (Ch.). — Epithéliomas du poumon (*Précis d'Anatomie pathologique*, t. II, p. 1198).
- ROUSSY (G.) et WOLF (M.). — Le cancer. Fascicule V, 2^e partie, du *Nouveau Traité de Médecine*, publié sous la direction de Roger-Widal-Teissier.
- SAMANA (L.). — Paralysies associées des nerfs craniens

dans les affections des voies aéro-digestives supérieures (Thèse Paris, 1925).

SICARD (J.-A.). — Syndrome du carrefour condylo-déchiré postérieur (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 16 février 1917, p. 317).

VERNET (M.). — Les paralysies laryngées associées (Thèse Lyon, 1916 ; *Revue neurologique*, 1918, t. II, p. 117).

2055. — Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 11-36
